



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Farmacia y Bioquímica

Unidad de Posgrado

**Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en
pacientes pediátricos atendidos por consulta externa,
Hospital San Bartolomé - MINSA, Lima 2017**

TESIS

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Farmacia
Hospitalaria

AUTOR

Rocío Margot ESPINOZA PIZARRO

ASESOR

Luz Enith FILOMENO ARCE

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Espinoza R. Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa, Hospital San Bartolomé - MINSA, Lima 2017 [Tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Unidad de Posgrado; 2017.

6(12) en
2017



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Farmacia y Bioquímica

UNIDAD DE POSGRADO



8(12)

62

36-57
Pat. de
CMT. de

6(12)

Pat. de
CMT. de

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN FARMACIA HOSPITALARIA**

Siendo las 08:00 hrs. del 13 de octubre de 2017 se reunieron en el auditorio de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Jurado Examinador y Calificador de tesis, presidido por el Dr. José Roger Juárez Eyzaguirre e integrado por los siguientes miembros: Dra. Luz Enith Filomeno Arce (Asesora), Dr. Víctor Luis Izaguirre Pasquel, Dra. Norma Julia Ramos Cevallos y el Mg. Gustavo Vladimir Bravo Orellana; para la sustentación oral y pública de la tesis titulada: **"ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ - MINSA, LIMA 2017"**, presentado por la D.F. **ROCIO MARGOT ESPINOZA PIZARRO**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar el Título de **Segunda Especialidad Profesional en Farmacia Hospitalaria**, formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduando.

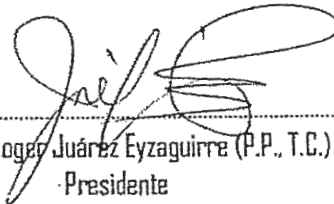
A continuación el Jurado Examinador y Calificador de tesis procedió a la calificación, la que dio como resultado el siguiente calificativo:

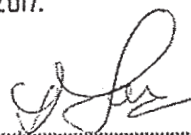
MUY BUENO (17)

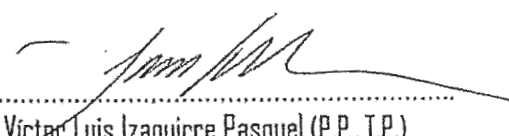
Luego, el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad proponga que se le otorgue a la D.F. **ROCIO MARGOT ESPINOZA PIZARRO**, el Título de Segunda Especialidad Profesional en **Farmacia Hospitalaria**.

Siendo las 09:30 hrs. se levanta la sesión.

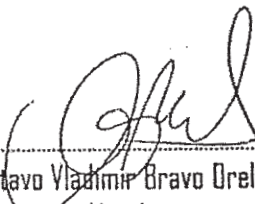
Se extiende el acta en Lima, a las 09:30 hrs. del 13 de octubre de 2017.


Dr. José Roger Juárez Eyzaguirre (P.P., T.C.)
Presidente


Dra. Luz Enith Filomeno Arce (P.Asoc., T.P.)
Miembro - Asesora


Dr. Víctor Luis Izaguirre Pasquel (P.P., T.P.)
Miembro


Dra. Norma Julia Ramos Cevallos (P. Aux., T.C.)
Miembro


Mg. Gustavo Vladimir Bravo Orellana (P.P., T.P.)
Miembro

Observaciones:

DEDICATORIA

La presente Tesis lo dedico con mucho afecto y cariño a Dios, mis padres, mi esposo e hija.

AGRADECIMIENTOS

Un trabajo como el que aquí se presenta, es el resultado sinérgico de esfuerzos, por ello quisiera agradecer a mi asesora y distinguidos miembros del Jurado examinador y calificador: Dra. Luz Filomeno, Dr. José Juárez, Dra. Norma Ramos, Dr. Víctor Izaguirre y Dr. Gustavo Bravo por sus valiosos aportes y sugerencias imprescindibles para mejorar y culminar la presente Tesis.

Del mismo modo, hago extensivo mi agradecimiento a todos los cuidadores del Servicio de Medicina Pediátrica, por su apoyo y tiempo que han dedicado brindando información a través de los instrumentos, fuente de información indispensable para llevar a cabo esta tesis.

Un agradecimiento especial a mi familia, que comprenden mis ausencias, por cuestiones de estudio y trabajo, gracias por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra medida me apoyaron y participaron en la ejecución de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Lista de tablas	iv
Lista de figuras	iv
Resumen	v
Abstract	vi
 I. INTRODUCCIÓN	 01
1.1. Situación problemática	03
1.2. Formulación del problema	04
1.3. Justificación teórica	04
1.4. Justificación práctica	04
1.5. Objetivos	06
1.5.1 Objetivo general	06
1.5.2 Objetivos específicos	06
 II. MARCO TEÓRICO	 07
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación	07
2.2 Antecedentes de la investigación	09
2.3 Adherencia al tratamiento	15
2.3.1 Definición	15
2.3.2 Factores que influyen en la adherencia	17
2.3.3 Métodos para valorar la adherencia	18
2.3.4 Estrategia para mejorar la adherencia	21
2.3.5 Rol del profesional químico farmacéutico	22
2.3.6 Consejería Farmacéutica	23
2.3.6 Rol de la madre en la adherencia	24

III. METODOLOGÍA	26
3.1 Tipo y diseño de investigación	26
3.2 Unidad de estudio	26
3.3 Población de estudio	26
3.4 Tamaño de muestra	26
3.5 Selección de muestra	26
3.6 Recolección de datos	27
3.7 Determinación del grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito	27
3.8 Procesamiento y análisis estadístico de datos	28
3.9 Consideración ética	28
IV.RESULTADOS	29
V. DISCUSIÓN	36
VI.CONCLUSIONES	40
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
VIII.ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS	Pág.
Tabla 1. Relación entre la edad del cuidador y adherencia pediátrica	30
Tabla 2. Relación entre el estado civil del cuidador y adherencia pediátrica	30
Tabla 3. Relación entre el grado de instrucción del cuidador y adherencia pediátrica	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de adherencia y no adherencia al tratamiento farmacológico prescrito, según aplicación del Test de Morisky-Green	29
Figura 2. Distribución porcentual de las respuestas del cuidador al Test de Morisky-Green	29
Figura 3. Distribución porcentual de pacientes pediátricos según grupo etario	31
Figura 4. Distribución porcentual de pacientes pediátricos según sexo	31
Figura 5. Distribución porcentual de pacientes pediátricos según tipo de seguro	32
Figura 6. Distribución porcentual del cuidador del paciente pediátrico	32

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue disponer de información de la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en el paciente pediátrico; en tanto, la no adherencia es uno de los problemas más serios que se tiene respecto de la efectividad de un determinado fármaco. Se estima que en 50% de pacientes incumplen el tratamiento. Este problema obliga a realizar una serie de estudios que nos permitan contar con datos empíricos para desarrollar estrategias de solución. Es un estudio descriptivo, con diseño no experimental, con una muestra de 378 niños atendidos en el consultorio externo del Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Para obtener la información de adherencia al tratamiento se aplicó el Test de Morisky-Green-Levine. De los resultados obtenidos, 15,9% se adhieren al tratamiento y; 84,1% no presentaron adherencia terapéutica farmacológica; las variables grado de instrucción y condición civil de la madre tuvieron relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la adherencia. A partir de los resultados, en la presente investigación se propone estrategias que permitan mejorar la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, niños, pacientes pediátricos.

ABSTRACT

The purpose of research-based information on adherence to prescribed pharmacological treatment in the pediatric patient; Nonadherence is one of the most serious problems with the effectiveness of a given drug. It is estimated that 50% of patients fail to comply with the treatment. This problem forces us to carry out a series of studies that do not allow us to have empirical data to develop strategies of solution. It is a descriptive study, with a non-experimental design, with a sample of 378 children attended in the external office of the Department of Pediatrics of the National Teaching Mother Child San Bartolomé Hospital. Morisky-Green-Levine validated test was applied to obtain treatment adherence information. Of the results obtained, 15.9% adhered to the treatment and; 84.1% did not present pharmacological adherence; The variables educational level and civil status of the mother were statistically significant ($p < 0.05$) with the adherence. Based on the results, the present research proposes strategies that improve therapeutic adherence in pediatric patients.

Keywords: Adherence to treatment, children, pediatric patients.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) considera la falta de adherencia como un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de costes sanitarios. En los países en desarrollo el promedio de adherencia a los tratamientos farmacológicos a largo plazo alcanza el 50 %, siendo incluso menor en países en vías de desarrollo (López, *et al.*, 2010).

Algunas revisiones de estudios relevantes estiman que 33% de pacientes que padecen enfermedades agudas y entre 50 a 55% de aquellos con enfermedades crónicas fracasan en adherir a los regímenes de tratamiento. Las tasas de adherencia a la medicación son por lo general más elevadas que la adherencia a otras formas de tratamiento (Shaw, 2009).

Como señalaba Blackwell, cada año se gastan muchos millones de dólares y horas en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos; sin embargo, se dedican muy pocos recursos al hecho de si el paciente los toma o no. Por lo tanto, de poco sirve disponer de fármacos excelentes o prescribir y dispensar óptimos tratamientos o hasta realizar diagnósticos certeros, si luego el paciente no toma correctamente la medicación. Es el paciente quien determina el consumo o no del medicamento y también, cómo y cuándo lo hará.

Por todo ello, la adherencia farmacoterapéutica constituye uno de los puntos más críticos de la cadena del medicamento: elaboración-prescripción-dispensación-consumo; pues al ser el último eslabón, una falta de cumplimiento supondría la anulación de todo lo anterior.

Conocer el grado de cumplimiento al tratamiento prescrito en los pacientes pediátricos es pues esencial, ya que sin ello, la efectividad de

un fármaco, es decir, su eficacia real en las condiciones de la práctica clínica, es una incógnita. Shope afirmó que la falta de cumplimiento terapéutico es la causa principal de fracaso de los tratamientos siempre que de forma previa se hayan realizado correctamente diagnóstico, prescripción y dispensación.

Medir el grado de adherencia es difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. Etiquetar a un enfermo si mantiene una adherencia o no, no se ajustaría a la realidad puesto que son diversas circunstancias lo que lo determinarían, que además pueden ser temporales y por tanto modificables. No obstante, la OMS ha demostrado que la educación sanitaria, es un factor que repercuten positivamente en la adherencia al tratamiento.

1.1 Situación problemática

Ballester y colaboradores valoraron el cumplimiento con el test de Morisky-Green, y en su estudio más de la mitad de los niños no cumplieron correctamente con el tratamiento prescrito ambulatoriamente. En la misma línea, la investigación de Obando, (2016); se demostró que el 77,6% tuvieron mala adherencia al tratamiento y tan solo el 22,4% buena adherencia. Esta tendencia también se confirma en algunos otros estudios nacionales e internacionales, donde se destaca también que la investigación en población pediátrica es bastante menor que en adultos, y en su mayoría poco desarrollada en enfermedades agudas.

En ése sentido, desde la perspectiva de salud pública, la irregularidad y el abandono del tratamiento generan en la actualidad creciente preocupación, y podría ser la causa del fracaso terapéutico que se presenta en los pacientes atendidos en consultorios externos de pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, lo cual conduce frecuentemente a la realización de pruebas o intensificación de tratamientos, generando mayor preocupación para el cuidador y representando mayor gasto sanitario para la Institución.

Lo descrito demuestra que estamos ante una problemática social, por ello la presente investigación se realizó por el interés de determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé; actividad que se realizó con la aplicación del Test de Morisky-Green Levine.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en los pacientes pediátricos atendidos en consulta externa, Hospital San Bartolomé – MINSA, Lima 2017?

1.3 Justificación teórica

En el ámbito de los hospitales del Ministerio de Salud la información sobre adherencia al tratamiento prescrito en pacientes pediátricos atendidos en consulta externa es escasa y aislada en nuestro medio. El presente trabajo de investigación aportará conocimiento a la comunidad académica acerca de la adherencia terapéutica en niños.

1.5 Justificación práctica

En el Perú el desarrollo de estudios destinados a evaluar la adherencia al tratamiento es mayoritariamente en adultos; sin embargo, los escasos estudios realizados en niños nos indican que el incumplimiento al tratamiento en esta población vulnerable debe ser abordado con mucho interés.

Es por ello, que nuestro estudio se justifica por cuanto resulta necesario realizar un diagnóstico del estado actual de la adherencia en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, conocer los factores influyentes y finalmente proponer estrategias, que serán puestos a disposición de sus gestores.

En este sentido, esta investigación surge para dar respuesta al importante reto que representa la no adherencia al tratamiento, y lograr con ello, proponer estrategias que permitan educar al cuidador y ponerlo en el eje central del sistema de salud para el cuidado de la enfermedad de su niño y valore la importancia de la adherencia terapéutica, los mismos que son factibles de realizar desde el ámbito de la atención hospitalaria, el cual permitirá mejorar los resultados, contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario y concientizar a la sociedad sobre el valor de la adherencia al tratamiento.

Aquí la figura del farmacéutico cobra un especial interés. Su formación académica, su información como profesional sanitario, incluyendo el uso correcto de los medicamentos, y en múltiples ocasiones su conocimiento del paciente por razones de proximidad, lo convierten en un eficaz colaborador en el equipo multidisciplinario que integra el sistema de salud. De tal manera que el farmacéutico al final del día mida su éxito en función de la cantidad de pacientes que ayudó a usar mejor los medicamentos y no de acuerdo con la cantidad de recetas que dispensó.

Así pues, a partir del diagnóstico de la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito y considerando los factores influyentes, las estrategias de intervención dirigida a los cuidadores se hacen absolutamente necesarias, ya que sin la ayuda de los cuidadores, “invisibles” para el actual sistema sanitario, no vamos a poder hacer frente al incumplimiento terapéutico en los niños y niñas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

Dada la relevancia y falta de información que existe sobre el tema en el Hospital, es que se decide realizar la presente investigación.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

Evaluar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa, Hospital San Bartolomé – MINSA, Lima 2017.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa, Hospital San Bartolomé – MINSA, Lima 2017, según Test de Morisky Green Levine.
- Analizar las variables que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa en el Hospital San Bartolomé.
- Proponer estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa en el Hospital San Bartolomé.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

La base filosófica sobre la que se asienta la presente investigación corresponde al humanismo. Todos los términos relacionados con el humanismo comparten una característica común: la preocupación por el hombre y la dignidad del ser humano, en términos de respeto por los valores propios de la humanidad, lo que deriva en una actitud humanista. Así, cuando hablamos de humanismo en salud, hacemos referencia a esa actitud humanista de tratar a las personas con dignidad y respeto, a modelos de relación y de asistencia centrados en la persona y al tratamiento del ser humano en su conjunto, de una forma integral.

Las profesiones comprometidas con la salud son esencialmente humanistas pues no solo curan a las personas enfermas, sino que hacen de la curación un arte: sanan, protegen, cuidan, etc. El término humanismo se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. El humanismo viene a significar la valoración del ser humano, la propia condición humana. Se refiere a una amplia gama de filosofías y perspectivas éticas que ponen énfasis en el valor y las acciones de los seres humanos, individual y colectivamente, y que prefieren la dispensación y seguimiento farmacoterapéutico, y en su pensamiento individual y la evidencia sobre las doctrinas establecidas o la fe religiosa.

En los tiempos actuales resulta paradójico hablar sobre humanismo en salud, ya que en el sentido estricto deberían ser sinónimos; sin embargo, dadas las condiciones generales por las que atraviesa la sociedad en su conjunto, el nivel de participación individual se ve alterado por las profundas contradicciones que subyacen al interior del sistema, ya que el proceso de deshumanización en el que ha caído la especie humana en su conjunto ha desvinculado gradualmente la vida personal, creando vínculos neuróticos, poco confiables, que alteran los procesos de

socialización y participación. No hay nada más humano que la atención y cuidado de un ser hacia otro; sin embargo, dolorosamente, el hombre se ha separado del hombre y la mejor manera de ignorar el dolor y la necesidad ajena radica en la creación de un discurso sobre el “otro”, que carece de empatía, donde crecer y acompañar al que viaja a nuestro lado no es precisamente uno de nuestros máximos logros.

La consejería farmacéutica, herramienta de la atención farmacéutica, es el servicio brindado y el que se enfocó a ser la estrategia para aliviar el problema de incumplimiento terapéutico. Un punto muy importante es que sin el direccionamiento del conocimiento de la causa que origina la falta de adherencia, tal enfoque solo tomara acción parcialmente sobre el problema. En este caso, el Químico Farmacéutico se limitará a brindar algún asesoramiento adicional y enfatizar la necesidad de que cumpla el tratamiento; por ello, además, la gran importancia de empatía y confianza que debe haber entre el paciente y el profesional (Limaylla, 2016).

Desde 1995, los costos asociados con problemas relacionados a medicamentos se han duplicado a un promedio anual estimado de \$177,4 millones, las admisiones al hospital y admisiones de cuidados a largo plazo siguen siendo los principales contribuyentes a este costo total. La morbilidad y mortalidad relacionada a fármacos, siguen planteando serios problemas médicos y económicos para la sociedad (Ernst & Grizzle, 2001). En el caso de la atención farmacéutica, es necesario que el profesional informe a los pacientes a cumplir con el tratamiento farmacológico prescrito y no quedarse oculto en la oficina, su trabajo también debe centrarse en el paciente. Para ello, es necesario establecer un buen contacto con el paciente a fin de ganarse su confianza y poder aportar en la perspectiva de que pueda cumplir el tratamiento prescrito (Limaylla, 2016).

2.2 Antecedentes de investigación

Obando, D (2016), realizó un estudio para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre asma bronquial y la adherencia al tratamiento en la población de pediatría, estudio de tipo observacional, analítico, transversal. La población estuvo conformada por todas las madres que acudieron al consultorio externo de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue y la muestra por las 58 madres que acuden a este consultorio todas durante el mes de diciembre. El instrumento fue una encuesta, que consto de 17 preguntas, de las cuales 6 preguntas pertenecieron al rubro de conocimiento, concluyó que las madres con bajo conocimiento sobre el asma tienen 2 veces más probabilidad de riesgo de desarrollar mala adherencia al tratamiento, sin alcanzar significancia ($P < 0,3$), asimismo en los resultados se evidenciaron que 77,6% (45 madres) tuvieron mala adherencia al tratamiento y tan solo el 22,4% (13 madres) buena adherencia.

Hinostroza, M. (2015), presentó un trabajo cuyo objetivo fue conocer las barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses del Cercado de Lima. Se estudiaron 968 madres de niños menores de 36 meses. Los resultados indican que el 8,5% de madres de niños menores de 36 meses tuvo adherencia y el 91,5%, no la tuvieron. Una de las barreras en las madres con baja adherencia fue el desagrado constante de los niños al multimicronutriente y una de las motivaciones de las madres de buena adherencia fue obtener el bienestar del niño y la persistencia de actores claves. Las barreras presentes en ambos grupos fueron las creencias populares, malestares del suplemento y dificultades para recogerlo. Las motivaciones en los dos grupos fueron la accesibilidad al establecimiento de salud, los beneficios del suplemento, la opinión positiva del estilo de comunicación del

personal de salud, los saberes de la madre sobre la suplementación y la influencia positiva de los familiares.

Munares *et al.*(2014), realizaron un estudio de adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses. Estudio epidemiológico de vigilancia activa por sitios centinela en 2.024 niños atendidos en establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, entre octubre a diciembre de 2014. Se realizaron visitas domiciliarias, en las cuales se aplicaron el conteo de multimicronutrientes, que determinó como adherencia al consumo $\geq 90\%$ de sobres, y un formulario sobre los factores asociados (conocimiento sobre anemia, alimentos ricos en hierro, efectos secundarios, esquema de dosis, medicamentos consumidos y motivación). Se emplearon estadísticas descriptivas y los resultados de adherencia fue del 24,4%, considerada como baja prevalencia de adherencia para un punto de corte exigente ($\geq 90\%$ sobres de multimicronutrientes consumidos) y los factores asociados están relacionados con ausencia de infecciones, efectos secundarios y creencias de la madre.

En el trabajo de Casas, C. (2010), la investigación estuvo orientada a determinar la adherencia y los factores asociados en el tratamiento de niños de 6 a 24 meses, por anemia ferropénica; la unidad de análisis fueron 50 madres. Para la recolección de datos se apeló a la entrevista de tipo estructurada, utilizando como instrumento un cuestionario, el mismo que previamente fue validado. Se llegó a las siguientes conclusiones: la no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños, evidenciándose el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético. Los factores que guardan asociación estadísticamente significativa fueron: a) Efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento;

b) Desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, apreciándose este factor en más de la mitad de la población en estudio, donde destaca la no percepción de la anemia como una enfermedad grave y el desconocimiento de los regímenes del tratamiento y c) Atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención.

Ballester, *et al.* (2013) de España presentaron un trabajo cuyo objetivo fue conocer el cumplimiento terapéutico en 117 niños a los que se prescribe tratamiento antibiótico 117 en dos zonas básicas de salud y se identificaron los factores relacionados con el incumplimiento, en el estudio se utilizó el cumplimiento con el test de Morisky-Green. Los resultados demostraron que más de la mitad de los niños que toman antibióticos en Atención Primaria no cumple correctamente con el tratamiento prescrito. El nivel de estudios de los padres y el número de tomas al día se relacionan con el incumplimiento del tratamiento antibiótico, lo que se debería considerar al prescribir estos fármacos.

Torrelo, *et al.* (2012), evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la satisfacción y cumplimiento en pacientes con dermatitis atópica (DA) moderada-grave en tratamiento farmacológico de mantenimiento, participaron 141 pacientes pediátricos y 141 adultos con DA moderada en el 85,8 y 79,4% de los casos, respectivamente. Los resultados obtenidos mostraron que la satisfacción fue alta en ambos grupos; sin embargo, el cumplimiento de la adherencia medido con el Test de Morisky fue muy bajo (entre el 18,4% en pediátricos y entre el 14,9% en adultos). Se concluyó que los pacientes con DA moderada o grave que siguen tratamiento farmacológico de mantenimiento presentan una reducción en la duración y número de los brotes y menor afectación de su CVRS. Además, los pacientes están satisfechos con el tratamiento aunque su cumplimiento es mejorable.

En Cali, Colombia en el año 2009 Ruiz Ana y colaboradores realizaron una investigación titulada “Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH”, el objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento. La muestra estuvo conformada por 1 niño y 5 niñas, diagnosticados con VIH, y su respectivo cuidador. Los resultados concluyeron que el acompañamiento del cuidador en los diferentes ámbitos de la vida del niño es importante e influye sobremanera en la adherencia del tratamiento, recomendándose realizar más estudios en el ámbito pediátrico. Los autores dividen la adherencia a las recomendaciones farmacológicas y a la realización de exámenes de control, evaluando factores importantes como la relación del profesional de la Salud con el niño y cuidador, así como las recomendaciones médicas tratando de enfocar todos los puntos que predisponen a la adherencia al tratamiento. Los autores sugieren la importancia de realizar investigaciones a nivel pediátrico, siendo los cuidadores los responsables del tratamiento de los menores niños.

En España en el año 2008, Novoa y colaboradores realizaron una investigación titulada “Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil”, el objetivo fue identificar la relación que existe entre la conducta parental y la adherencia al tratamiento, se utilizó un cuestionario sobre conductas parentales y un cuestionario para las actividades de cuidado para pacientes diabéticos. La muestra fue de niños con Diabetes tipo I, entre 8 y 11 años de edad, con un tiempo desde el diagnóstico de entre uno y tres años que reciben tratamiento en la Asociación Colombiana de Diabetes. Se puede concluir que los comportamientos e interacciones existentes entre padres e hijos están altamente correlacionados con el comportamiento de los niños y las prescripciones sobre la diabetes que han recibido, recalcando que depende de la información que haya recibido el padre, para que muestre una conducta positiva y se adhiera al tratamiento de su

menor hijo. La investigación divide sus variables en edad, sexo, estrato socioeconómico, establecimiento de reglas, monitoreo, comunicación afectiva y manejo de contingencia, cubriendo los factores que conllevan la adherencia al tratamiento y priorizando los padres la comunicación, enfatizando que depende de los padres y de la educación que reciban, el que los niños continúen con su tratamiento.

En Bolivia en el año 2007 en 3 Centros de Salud dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de La Paz: Centro Materno Infantil Bellavista, Villa Nuevo Potosí y el Centro de Salud Chasquipampa, Urquidi y colaboradores (2007) realizaron una investigación titulada “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado”; el objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento de la anemia. El tipo de estudio realizado fue un ensayo clínico aleatorio controlado, para lo cual los niños fueron asignados aleatoriamente a dos grupos; al grupo fumarato ferroso (experimental) y sulfato ferroso (control), participando 144 niños entre las edades de 6 a 24 meses. Los resultados obtenidos en el grupo control fue que “escupieron el suplemento”, los niños mantenían la boca cerrada, lloraban y hacían gestos de desaprobación, el efecto adverso que más presentaron fue estreñimiento, pareciéndole a las madres un tratamiento difícil de dar. En el grupo experimental, como reacción adversa se presentaron deposiciones líquidas, pero la administración fue más fácil debido a que el hierro estaba encapsulado y el sabor metálico que normalmente tiene no se sentía.

La investigación muestra la adherencia para dos tipos de tratamiento, el del sulfato ferroso y el fumarato ferroso, enfocando en la adherencia al tratamiento, sólo el punto de vista del sabor y la reacción adversa que causa, sin estudiar otros factores contribuyentes en la adherencia como es la información requerida sobre el tratamiento del menor, entre otros.

Ras y Noguera (2005) realizaron un estudio sobre la adhesión al tratamiento antibiótico en las enfermedades agudas en la población infantil de atención primaria, para la medida del cumplimiento antibiótico se usó el test de Morisky-Green. El motivo del tratamiento antibiótico fue en 117 casos por procesos de vías respiratorias altas, en 28 casos por procesos de vías respiratorias bajas, en 12 casos por infección urinaria y en 18 casos por otros motivos. El número de tomas diarias prescrito fue cada 8 h en el 76,6%. Los resultados obtenidos fueron uno de cada 4 no cumple con el tratamiento prescrito para su enfermedad aguda. Los niños no escolarizados, la menor duración del tratamiento y el menor número de dosis al día ayudan a mejorar el seguimiento del tratamiento, factores que deberán ser tenidos en cuenta por el médico que los atiende.

Silvestre, *et al.* (1999) publicó un estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria, treinta centros de atención de primaria de 6 provincias españolas. El objetivo fue evaluar el grado de adhesión a la prescripción del tratamiento antibiótico infantil y determinar posibles factores asociados a dicha adhesión. Se llevó a cabo a través de una encuesta telefónica a los padres de los niños en estudio, 10-15 días después de la prescripción del antibiótico. El número de casos estudiados fue de 2.244. De ellos la adherencia adecuada fue de 46,5%; IC del 95%. Los factores asociados con la adhesión fueron la situación escolar de los niños, la edad de los padres o cuidadores y el número de dosis diarias. Se concluyó que sólo la mitad de los niños cumplió correctamente con el tratamiento indicado. Los niños que aún no acuden a la escuela, los que tienen padres o cuidadores mayores de 40 años y aquellos con una prescripción menor de 3 dosis diarias, realizan un mejor seguimiento del tratamiento, factores que habrán de ser tenidos en cuenta por los pediatras al prescribir un antibiótico.

2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

2.3.1 Definición

El concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas. La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente”. De otra parte, Areneda refiere que en la literatura se ha optado por hablar de observancia, cumplimiento, adherencia o fidelidad terapéutica, sin que se haya llegado a un consenso sobre el significado exacto de estos conceptos.

En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence) son los de mayor uso; sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos tales como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia (Libertad,2004). Por su parte, Nogués y colaboradores afirman que la adherencia comprende dos aspectos: el cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción.

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta por Haynes , quien la define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Otra de las definiciones aceptadas es la de Gil y colaboradores, (1994) quienes definen la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”.

Dicho concepto es similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), que define la adherencia terapéutica como “Grado en el que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordados de un prestador de asistencia sanitaria”.

Estas definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras. En síntesis, se han propuesto varias definiciones de adherencia al régimen terapéutico y la mayoría de estas utilizan diferentes términos tales como: cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones, entre ellas, tomar la medicación, realizar dieta, hacer ejercicio, asistir a las citas con proveedores y en general realizar cambios en estilo de vida (Gearing, *et al.*, 2011) hecho que pone en evidencia la complejidad del concepto, la variedad de términos empleados y la falta de consenso entre los autores.

En nuestro caso, utilizaremos el término adherencia terapéutica, que en la literatura de Pisano (2014) se explica como: a) La adherencia hace alusión a un fenómeno múltiple y complejo, ya que en él interviene una gran variedad de conductas (tomar la medicación, acudir a citas, evitar conductas de riesgos, etc.) y se puede dar en momentos diferentes, afectando por tanto, a una parte u otra del tratamiento. b) La adherencia terapéutica lleva implícita un modelo de relación centrado en las necesidades de la persona, en el que hay que explorar sus valores y sus conocimientos, informar adecuadamente y respetar la elección de

sus alternativas terapéuticas. Es un grave error, etiquetar o estigmatizar a un paciente como no adherente o incumplidor, atribuyéndole en exclusiva la responsabilidad de un problema tan complejo y multifactorial como es la adherencia terapéutica.

La adherencia a prescripciones terapéuticas y de salud no es un problema aislado de la psiquiatría o la psicología clínica, ámbitos en los que hay una amplia bibliografía al respecto, sino que es común en la medicina, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas o de aquellas que requieren tratamientos prolongados.

La adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del profesional, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por parte de su paciente y dedique a ello el tiempo necesario (Hernández Fleta *et al.* 2009)

2.3.2 Factores que influyen en la adherencia.

Los factores identificados por la OMS, 2014 son:

- a) **Factores socioeconómicos:** Aunque no se ha comprobado sistemáticamente que el nivel socioeconómico es un factor predictivo independiente de la adherencia, éste puede colocar a los clientes en una posición de tener que elegir prioridades para dirigir los recursos limitados disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de su familia.
- b) **Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (de salud):** Existen pocas investigaciones sobre la relación de este factor con la adherencia terapéutica; sin embargo, es reconocida su importancia y el efecto positivo de una buena relación médico-cliente en ésta.

c) Factores relacionados con la enfermedad: Esta área se relaciona a las exigencias particulares de la enfermedad que aqueja al cliente.

d) Factores relacionados al tratamiento: Entre los factores que más influyen en la adherencia está la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas.

d) Factores relacionados al cliente: Estos incluyen los recursos disponibles que el cliente tiene sus actitudes, sus creencias, el conocimiento, las percepciones y las expectativas de éste acerca de su enfermedad. Igualmente, la motivación del cliente para buscar y continuar con el tratamiento.

2.3.3 Métodos para valorar la adherencia

El método ideal para valorar la adherencia debería cumplir con los siguientes requisitos (Sabater):

- Ser altamente sensible,
- Especificidad,
- Permitir una medida cuantitativa y continua,
- Fiabilidad,
- Reproducibilidad,
- Ser aplicable en diferentes situaciones,
- Ser rápido y económico

Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en dos grupos:

Métodos Directos: Consisten en medir las concentraciones del medicamento, alguno de sus metabolitos o de un marcador en sangre, orina o saliva del paciente. Son sistemas objetivos y fiables, pero molestos y caros, por lo que se reservan casi en exclusiva para ensayos clínicos. Además presentan problemas adicionales, como ser incómodos para el paciente, no sirven para todos los fármacos y pueden aparecer falsos resultados como consecuencia de que se refiere a la última dosis tomada y no al régimen terapéutico. Además, al sentirse el paciente vigilado puede sobreestimar el cumplimiento.

Métodos indirectos: Son los más reportados en la literatura. Incluyen los procesos de medida como las encuestas, diarios, conteo de tabletas, fechas de recojo de prescripción, y medida de objetivos y resultados terapéuticos. Así se tiene: Valoración del profesional sanitario: Es la valoración de forma directa y subjetiva por parte de los clínicos.

El principal problema derivado de este método es que no se identifica a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose la oportunidad de intervenir sobre su conducta y pudiéndose tomar actitudes terapéuticas con un elevado grado de empirismo. (Tafur, *et al.* 2012).

Las conclusiones del metaanálisis de DiMatteo (2004), sobre 569 estudios publicados entre los años 1948 y 1998, en el que se excluyeron las enfermedades psiquiátricas, fueron las siguientes:

- La falta de cumplimiento terapéutico está siempre presente, aunque en los últimos 50 años se ha observado una mejora en este aspecto, con una media de falta de cumplimiento del 24,8%.
- Los estudios sobre cumplimiento terapéutico que utilizan sistemas de medida objetivos, como el recuento de píldoras o las medidas físicas, señalan peores tasas que los estudios basados en medidas indirectas, como los cuestionarios autoadministrados.

Instrumentos para determinar la adherencia terapéutica

Según los autores Berg , Ho y Zúñiga los métodos más utilizados para medir la adherencia son el auto-reporte, los datos de las reposiciones de farmacia, el test de Morisky-Green, el MEMS, la observación directa, el recuento de pastillas y los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de citas, todos estos con ventajas y desventajas a la hora de su uso.

Test de Morisky-Green-Levine. Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas y agudas, fue desarrollado originalmente por Morisky Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no:

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Se considera un nivel adecuado de cumplimiento cuatro respuestas correctas (no, sí, no, no) e inadecuado menos de 4 (Alonso *et al.* 2006).

El cuestionario de forma autoreferida más utilizado es el de Morisky-Green-Levine validado en su versión española por Val Jiménez, Amorós, Martínez, Fernández & León (1992).

2.3.4 Estrategias para mejorar la adherencia.

Identificadas las causas de la falta de adherencia, se requiere la elaboración de planes de intervención para mejorarla (estrategias de intervención), así se han identificado tres tipos de intervenciones (Knovel):

a. Estrategias de apoyo y ayuda

Están dirigidas al paciente, y se centran en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Es fundamental que las personas que integren el equipo multidisciplinario de atención al paciente pediátrico, tengan la capacidad para trabajar en conjunto.

b. Estrategias de intervención

Se ha demostrado que las intervenciones que abarcan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que las intervenciones que se centran en uno sólo de estos aspectos. Estas estrategias incluyen la información y educación del paciente.

Las estrategias de intervención individualizadas, se basan en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, esto permite adaptar el esquema de tratamiento a los hábitos de vida del paciente proporcionando así estrategias de resolución de problemas. El profesional de la salud debe brindar confianza, servir como educador, fuente de información, soporte y monitorización. Una de las estrategias más apoyadas para mejorar la “adherencia” es la mejora de la relación médico-paciente. La cordialidad y la accesibilidad del médico, la mejora de habilidades educativas, tener en cuenta las dimensiones espirituales y psicológicas pueden ser muy importantes para los pacientes.

c. Estrategias en la pauta terapéutica

Dirigidas para reducir la complejidad de la administración o la toma de medicamentos. Estas estrategias incluyen la co-formulación de varios principios activos en una sola forma de dosificación, medicamentos que pueden ser administrados una vez al día; estrategias que favorecer el recuerdo de la toma de los medicamentos: pastilleros, alarmas, sistemas de beepers, adicional a una serie de formatos diseñados para facilitar la adherencia a los mismos. (Tafur, *et al.* 2012).

2.3.5 Rol del profesional químico farmacéutico en la adherencia

La American Society of Health-System Pharmacists considera que los farmacéuticos deberían educar y aconsejar a todos los pacientes posibles, esta consideración permite que durante el trabajo de la consejería farmacéutica con los pacientes y sus familias, los farmacéuticos puedan desarrollar actividades de interrelación con los pacientes mediante la educación.

El farmacéutico debe asegurarse de que la información escrita no se utilice como un sustituto de la discusión; además, debe instar al paciente para que haga uso de la información escrita sobre los medicamentos y estar abierto a cualquier pregunta que pudiese surgir, se debe estimular al paciente para que contacte con el farmacéutico y formule preguntas sobre sus medicamentos. El farmacéutico debe asegurar también su colaboración con otros profesionales de la salud, para garantizar que el paciente reciba información adecuada, consistente y correcta para mejorar la adherencia al tratamiento. Es responsabilidad del farmacéutico garantizar que la información que suministra sea objetiva, comprensible, precisa y adecuada, no promocional. El farmacéutico puede, además, adjuntar material escrito de los medicamentos, a modo de documento recordatorio que sirva de complemento a la información oral suministrada al paciente. El farmacéutico debe fomentar en el paciente la búsqueda de información objetiva y precisa (Martin, A. 2004).

El papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud, ha sido analizado en diversos contextos de carácter global, y hace referencia a que el farmacéutico se comprometa activamente con la estrategia de atención primaria de salud, así como consolide su posición de especialista de los medicamentos en el equipo de salud, a través del ejercicio de la atención farmacéutica, filosofía de práctica profesional donde el paciente es el principal beneficiario.

2.3.6 Consejería Farmacéutica

Una relación efectiva forma una base que permite al farmacéutico reconocer la responsabilidad profesional en el cuidado del paciente, una conversación entre el paciente y el profesional de la salud tiene un objetivo diferente que una conversación entre amigos; la comunicación paciente –profesional significa establecer una relación terapéutica con el objetivo de proveer efectividad en el servicio del cuidado de la salud que el paciente necesita. (Tindall ,1994).

La utilización de diversas técnicas deben contribuir a un mejor entendimiento, por el paciente, de los objetivos o metas terapéuticas durante las exposiciones como (Tindall ,1994):

1. Enfatizar puntos clave usando frases como “Ahora, esto es muy importante” ayudarán a recordar lo que sigue.
2. Brindar razones claves de advertencia, diciendo por qué es necesario continuar usando un antibiótico aún si los síntomas desaparecieron. La información mejor entendida es más fácil de recordar y más probable de ser seguida.
3. Dar definiciones concretas e instrucciones explícitas, cualquier información imaginada mentalmente usando gráficas y demostraciones es más fácil de recordar.
4. Complementar y reforzar lo hablado con instrucciones escritas, brindando al paciente la información considerada necesaria.
5. Al final de la Consejería, preguntar al paciente por los puntos críticos o importantes mediante frases como: “Quisiera saber en qué otro momento exactamente usted deberá tomar su medicación” o “quisiera estar seguro, no quisiera dejar nada suelto, podría usted por favor decirme el horario de dosificación” .

Rol del químico farmacéutico en la consejería farmacéutica

La imagen del farmacéutico es muy importante, los pacientes esperan un elegante, respetuoso y dedicado profesional que los sirva; finalmente la percepción de autoridad podría influenciar en como ellos interactúan, con nosotros.

Los farmacéuticos frecuentemente necesitan obtener información de los pacientes como parte del proceso de la Consejería para poder brindarle una adecuada educación. Para reunir la información necesaria se puede desarrollar la siguiente secuencia, (Tindall ,1994)::

1. Medir las necesidades de conocimiento del paciente acerca de sus medicamentos.
2. Medir el conocimiento del paciente, que permite que la Consejería varíe de acuerdo al grado de conocimiento de cada paciente y evitar enfatizar lo que ya conoce.
3. Identificar los vacíos de información para brindar información novedosa para el paciente.
4. Medir la capacidad de aprendizaje del paciente.
5. Determinar la mejor forma para la instrucción de la Consejería del paciente.
6. Determinar el mejor momento para la instrucción de la Consejería del paciente.
7. Después de la Consejería, evaluar lo aprendido por el paciente.

2.3.7 Rol de la madre en la adherencia terapéutica

En este marco, la importancia de las madres y de las mujeres que han desempeñado desde siempre roles como agentes para introducir cambios y marcar la diferencia en temas de salud y específicamente en el uso apropiado de medicamentos, no ha sido enfatizada de manera adecuada. Se cree que el empoderamiento de las mujeres,

madres esposas y abuelas, en el uso correcto de los medicamentos puede ser un paso importante para mejorar la adherencia terapéutica.

La educación a las madres de familia sobre la adherencia terapéutica es un factor fundamental en la mejora de la calidad de vida de sus hijos. La OMS (2004) establece que mediante la educación a madres sobre el uso de terapias de rehidratación oral fue capaz de reducir en 50% la mortalidad por esta causa. Asimismo, se refiere que las madres son desesperadamente optimistas por la educación en salud y que siguen las reglas e instrucciones de manera responsable si estas son dadas por personas confiables de la propia comunidad y con un trato amable.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de estudio es no experimental transversal, descriptivo.

3.2. Unidad de estudio

Paciente pediátrico.

3.3. Población de estudio

De acuerdo al promedio de atenciones en los consultorios externos del servicio de Pediatría del Hospital San Bartolomé, se tiene que en el mes de enero a diciembre del 2016 la afluencia de pacientes menores de 10 años con farmacoterapia prescrita mínimo de 7 días fue de un total de 22 713, con promedio mensual de 1892 pacientes.

3.4. Tamaño de muestra

La muestra del estudio fueron 378 pacientes, con un nivel de confianza del 95%, captados en abril y mayo del 2017.

3.5 Selección de la muestra

El tipo de muestro aplicado fue no probabilístico por conveniencia del investigador.

Criterios de inclusión

- Paciente menor de 10 años, atendido en consultorio externo de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Pacientes con farmacoterapia prescrita mínimo 7 días.
- Pacientes con consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Cuidador con deficiencia cognitiva, que le imposibilite completar el test.

Criterios de eliminación

- Cuidador que voluntariamente decida abandonar el estudio.
- Pacientes que participen en la prueba piloto.

3.6 Recolección de datos:

La técnica utilizada es la encuesta, el instrumento el cuestionario. Los niños eran captados en las fechas que estaban programados sus citas de control, que se efectuó después de recibir el tratamiento farmacológico. Previa información del objetivo de estudio y consentimiento informado se aplicó el test de Morisky Green Levine, previamente validados. Si el cuidador no accedía, se captaba a otro paciente hasta completar el tamaño muestral necesario.

Las variables sociodemográficas (anexo 2) se extrajeron de la historia clínica.

3.7 Determinación del grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito:

El grado de adherencia fue medido de manera indirecto, utilizando el Cuestionario denominado Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine (anexo3) basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, con respuestas dicotómicas si/no. Se considera adherente a la persona que responde «no», a la pregunta 1,3 y 4 y «si» a la pregunta 2, si responde distinto se califica como no adherente.

Es importante señalar que el cuestionario se aplicó mediante una conversación que se tuvo con el cuidador encuestado, a fin de obtener información adicional que a su vez nos permitió interpretar y explicar las respuestas que se brindaron en las cuatro interrogantes planteadas.

La confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto de 20 pacientes pediátricos se aplicó el coeficiente de correlación de

Richard Kunderson (KR20) obteniéndose un valor de 0.99 lo cual indica el cuestionario es muy confiable.

Para la validez de criterio se aplicó 4 expertos del área (2 médicos, 1 enfermera y 1 químico farmacéutico), los criterios que midieron para evaluar el cuestionario fueron relevancia, pertinencia y claridad, se aplicó el V Aiken para encontrar la medida de validez obteniéndose un grado perfecto en los tres criterios según los 4 expertos. (anexo4).

3.8 Procesamiento y análisis estadístico de datos

De acuerdo con los objetivos del estudio, la información obtenida fue digitalizada y analizada por medio del programa estadístico SPSS para Windows versión 22 y se sometieron al respectivo análisis en base a los puntos que abarcan los objetivos específicos con el fin de responder lo concerniente al objetivo general de estudio. Asimismo, según los objetivos establecidos se elaboraron tablas mediante el programa Microsoft Office Excel 2013. Se evaluó los valores de chi-cuadrado con nivel de significancia $p < 0,05$ para la expresión de ciertas variables en relación con la adherencia terapéutica en los pacientes pediátricos.

3.9 Consideraciones éticas.

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos en las instancias respectivas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con fines de conseguir autorización para la realización de la Investigación.

La participación en la investigación de las madres que contestaron el cuestionario fue de forma voluntaria, aplicando el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información que brinden y dándoles a conocer los objetivos del trabajo de investigación (anexo1).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

- **Determinación del grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa, según Test Morisky Green Levine.**

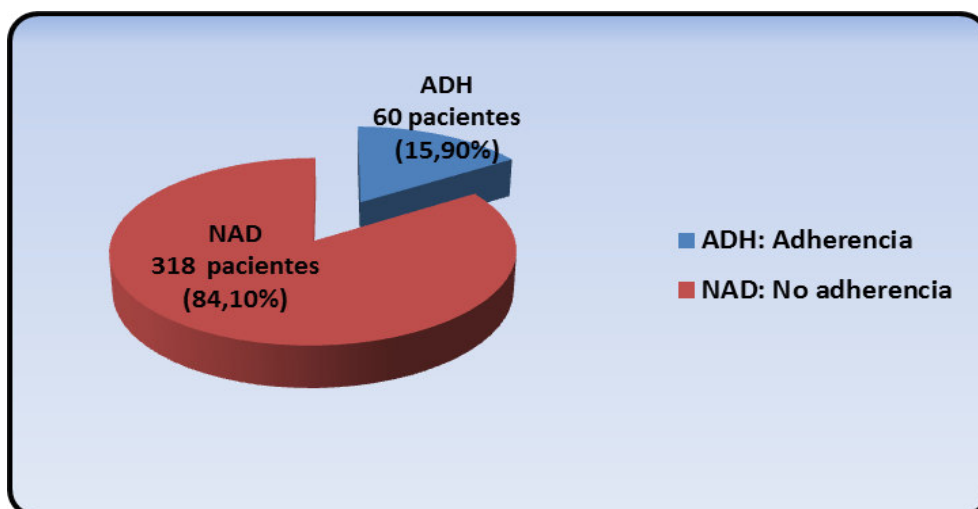


Figura 1. Distribución porcentual de adherencia y no adherencia al tratamiento farmacológico prescrito, según Test Morisky Green Levine

El grado de adherencia terapéutica en los pacientes pediátricos mostró un 15,9% en situación de desventaja frente al grupo no adherente.

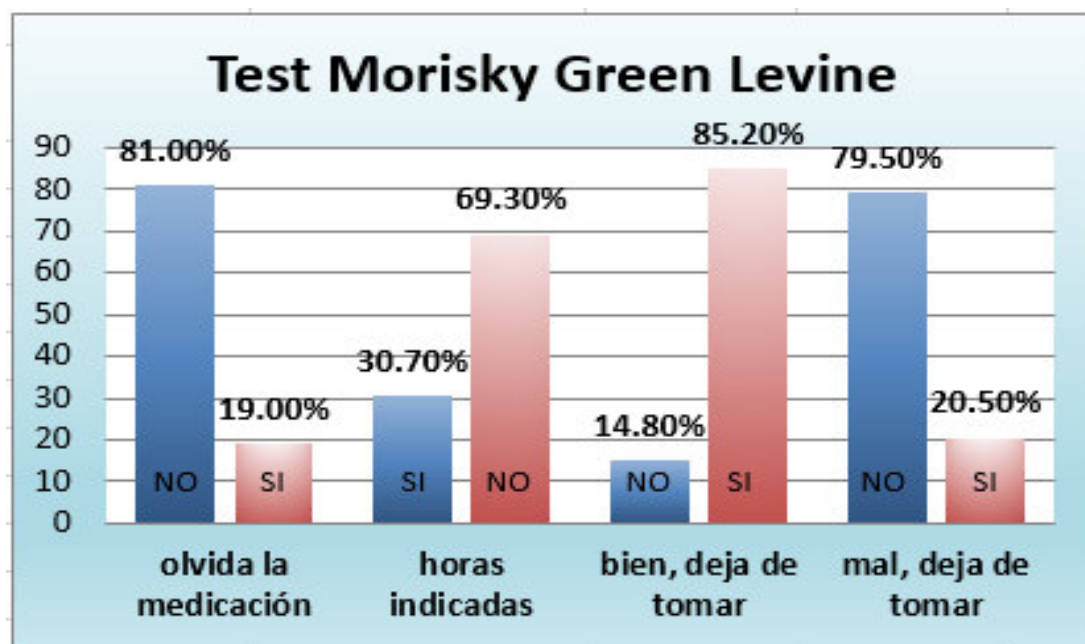


Figura 2. Distribución porcentual de las respuestas del cuidador al Test Morisky Green

Los cuidadores en su mayoría no olvidan dar la medicación al niño; sin embargo, no administran el tratamiento completo.

Determinación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes pediátricos atendidos por consulta externa en el Hospital San Bartolomé.

Tabla 1. Relación entre la edad del cuidador y la adherencia

Edad del cuidador	Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	n	%
18 a 25 años	10	2.65	62	16.40	72	19,0
26 a 35 años	36	9.52	153	40.48	189	50
36 a 45 años	14	3.70	103	27.25	117	31,0
Total	60	15.87	318	84.13	378	100

No existe relación estadística entre la edad del cuidador y la adherencia (Chi cuadrado: 2,97 $p=0,22>0,05$).

Tabla 2. Relación entre el estado civil del cuidador y la adherencia

Estado civil	Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	n	%
Soltera	0	0	96	25,40	96	25,4
Conviviente	60	15.87	33	8,73	93	24,6
Separada	0	0	189	50,00	189	50,0
Total	60	15.87	318	84.13	378	100

Existe relación estadística entre el estado civil conviviente del cuidador y la adherencia al tratamiento pediátrico (Chi cuadrado: 37,22 $p=0,000<0,05$)

Tabla 3. Relación entre el grado de instrucción del cuidador y la adherencia

Grado de Instrucción	Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.				Total	
	Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito		No adherencia al tratamiento farmacológico prescrito			
	n	%	n	%	n	%
Primaria	0	0	173	45.77	173	46,0
Secundaria	24	6.35	132	34.92	156	41,0
Superior	36	9.52	13	3.44	49	13,0
Analfabeta	0	0	0	0	0	0
Total	60	15.87	318	84.13	378	100

Existe relación estadística entre grado de instrucción superior del cuidador y la adherencia (Chi cuadrado: 34,96 $p=0,000<0,05$).

- **Distribución de la variables sociodemográficas de pacientes pediátricos atendidos por consulta externa en el Hospital San Bartolomé.**

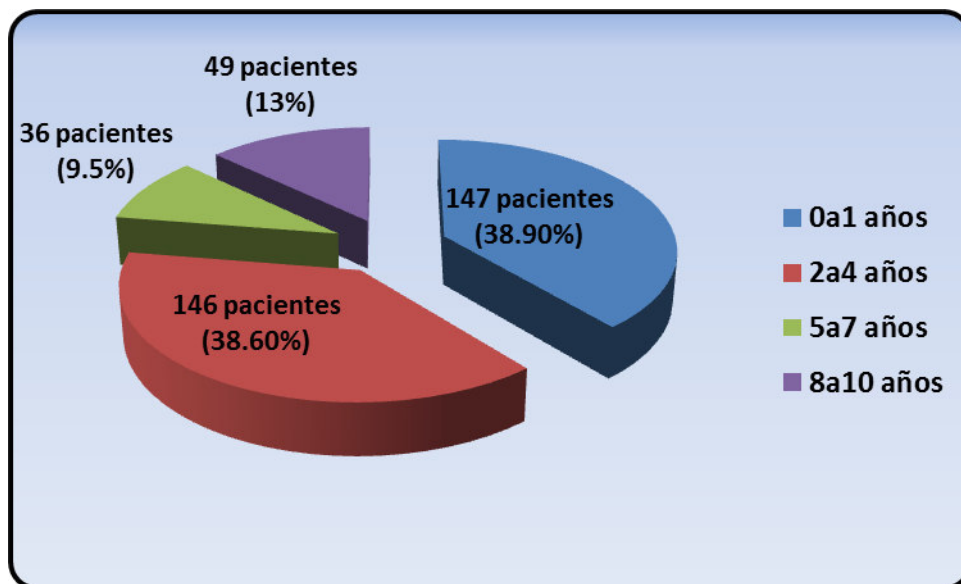


Figura 3. Distribución porcentual de pacientes pediátricos según grupo etario

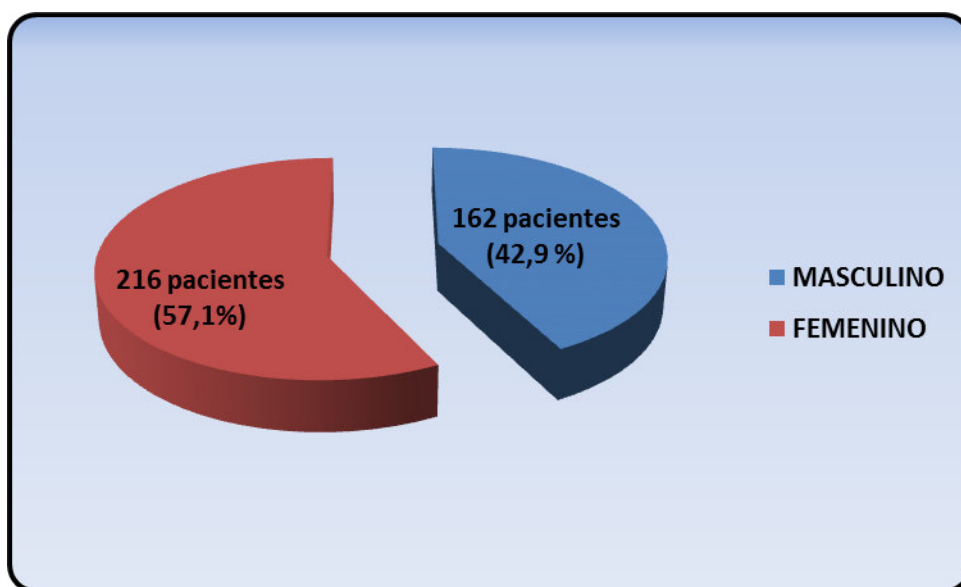


Figura 4. Distribución porcentual de pacientes pediátricos según sexo.

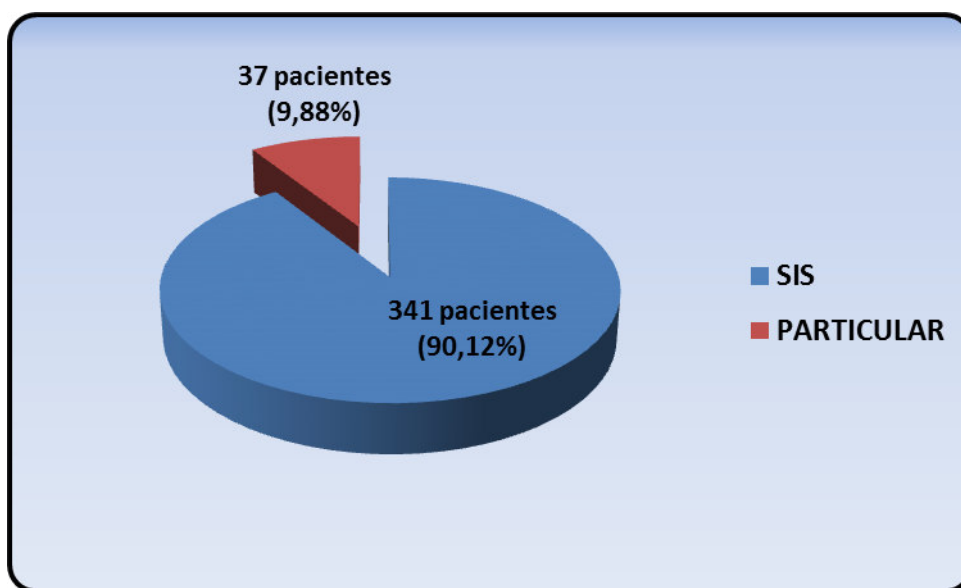


Figura 5. Distribución porcentual de pacientes pediátricos según tipo de seguro

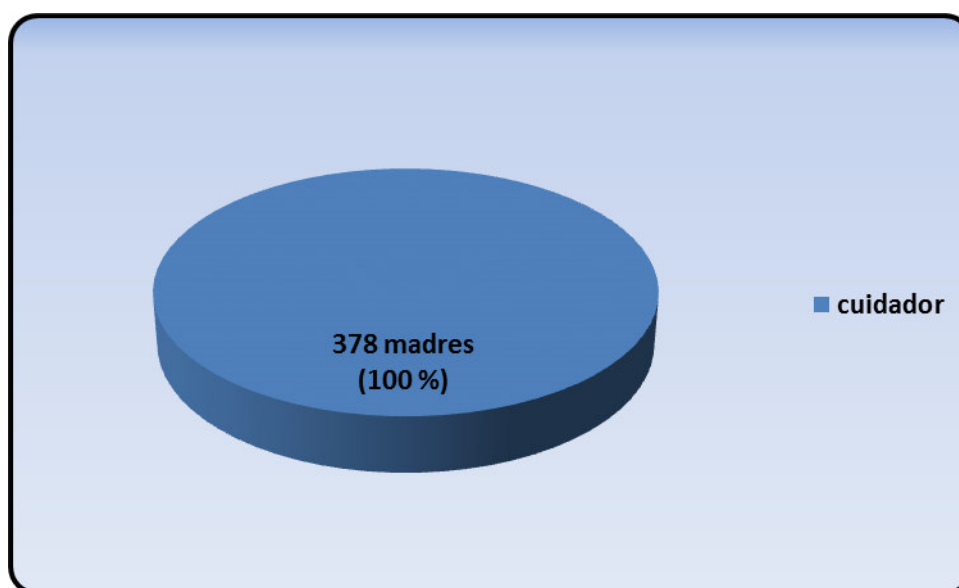


Figura 6. Distribución porcentual del cuidador del paciente pediátrico

- **Como propuesta de una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa, se presenta la Consejería Farmacéutica.**

CONSEJERÍA FARMACÉUTICA	
Teniendo en cuenta el impacto positivo obtenido al aplicar un conjunto de procedimientos destinados a estandarizar la consejería farmacéutica, basado en una nueva filosofía del quehacer profesional orientado al paciente y no al medicamento en sí mismo, se propone el siguiente protocolo de consejería farmacéutica.	
1. Fundamentación	
La propuesta del protocolo de consejería farmacéutica para mejorar el uso apropiado de los medicamentos incrementando el cumplimiento de la farmacoterapia entre los pacientes pediátricos, se sustenta en los principios de provisión responsable, compromiso con el logro de resultados concretos en la salud de las personas, el medicamento como un medio para prevenir y recuperar la salud del paciente, y el beneficio del paciente como fin supremo del quehacer profesional, configuran el nuevo paradigma que ha permitido reconceptualizar la actividad farmacéutica dentro del enfoque centrado en el individuo (Hepler y Strand, 1990). En el aspecto técnico la propuesta se sustenta principalmente, en las directrices conjuntas de la Federación Internacional Farmacéutica sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos que define el marco conceptual del ejercicio profesional farmacéutico (FIP-OMS, 2012).	
2. Descripción	
Protocolo de consejería farmacéutica para la dispensación de medicamentos	
2.1. OBJETIVO	
Establecer un procedimiento operativo estándar de consejería farmacéutica para la ejecución de la dispensación de medicamentos con el enfoque centrado en el individuo, que garantice no sólo la entrega del medicamento correcto en la dosis y pautas prescritas al paciente que corresponda, sino que se brinde información clara sobre su uso y conservación, propiciando una relación profesional-cuidador motivante con responsabilidad y adquisición de compromisos mutuos para lograr resultados concretos en la salud de los niños.	
2.2 ALCANCE Este protocolo debe ser ejecutado por los profesionales Químicos Farmacéuticos de la farmacia de consulta externa ante la dispensación y entrega de la receta médica correspondiente.	
2.3 BASE LEGAL	
- Ley Nº 29459. Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, y	

productos sanitarios.

- DS N° 014-2011/SA. Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. Julio 2011
- Manual de Buenas Prácticas de Dispensación del ministerio de Salud. 2009.

2.4 DEFINICIONES

Consejería farmacéutica.- Consiste en la orientación profesional individual, es decir la información, educación y comunicación: comprensión del uso y conservación de los medicamentos; prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud llevada a cabo de manera privada que permitirá la toma de decisiones a fin de mejorar o mantener la salud del paciente. Peretta,2005.

Dispensación de medicamentos.- Es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado del medicamento, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto. MINSA.

2.5 PROCEDIMIENTO

- Saludo y presentación.
- Validación de la receta médica.
- Análisis e interpretación de la receta médica
- Selección de los medicamentos.
- Sesión de consejería farmacéutica objetiva.
- Entrega de los medicamentos y material informativo impreso.
- Despedida - Registro.

2.6 RECURSOS MATERIALES

- Material impreso informativo de ayuda al proceso educativo.
- Teléfono móvil para envío SMS a los cuidadores.

3. Estrategias de implementación

- Respetar el marco legal vigente que sustenta la actividad farmacéutica que:
 - Define quién debe realizar la dispensación de medicamentos.
 - Define el alcance de la profesión farmacéutica;
- Definir un marco de recursos humanos que:
 - Garantice la competencia del personal farmacéutico mediante programas de desarrollo profesional continuo (o de capacitación continua);
 - Determine los recursos humanos necesarios para ofrecer consejería farmacéutica
- Un marco económico que:
 - Brinde incentivos y recursos suficientes que se utilicen eficazmente para garantizar el desarrollo de la consejería farmacéutica.

Algoritmo del consejo farmacéutico:

Diálogo inicial

- Introducción
- Explicar el propósito del consejo farmacéutico

Diálogo para reunir información e identificar problemas

Nuevo paciente

- Reunir información sobre el paciente

Paciente habitual

- Realizar la anamnesis farmacológica

¿Cuál es el objetivo del acto de consejo farmacéutico?

Nuevo tratamiento

- Conocimiento actual del paciente acerca de la medicación de su enfermedad
- Problemas potenciales

Renovación del tratamiento/ monitorización-

- ¿Problemas de cumplimiento posológico?
- ¿Evidencia de efectos colaterales?
- Eficacia del tratamiento
- Problemas potenciales

Medicamentos en venta sin

- receta médica
- Descripción y duración de los síntomas
- ¿Se ha consultado previamente a un médico?
- ¿Que tratamiento se ha utilizado anteriormente?

Identificar problemas y necesidades de información

Diálogo para prevenir o resolver problemas y ofrecer información

Nuevo tratamiento o tratamiento renovado / monitorización

- Conversar acerca de los problemas reales o potenciales
- Acuerdo sobre posibles alternativas
- Puesta en marcha del plan de actuación
- Comentario de los resultados y monitorización
- Proporcionar información cuando sea necesario

Medicación recomendado

- Denominación (principio activo y/o especialidad farmacéutica)
- motivo de la prescripción
- normas
- efectos colaterales
- precauciones
- tratamiento posterior
- confirmación del tratamiento

Ausencia de medicación recomendada

- Recomendar al paciente acudir al médico
- Seguir tratamiento no farmacológico
- Proporcionar información cuando sea necesario
- Seguimiento

Diálogo final

- Resumir
- Obtener respuesta
- Recomendar la realización de preguntas

Diálogo de seguimiento

Fuente MAZINGER. SISIB. Universidad de Chile

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Existen muchos métodos para medir la adhesión de los pacientes al tratamiento y cada uno tiene problemas inherentes, en el presente estudio se utilizó y validó el test de Morisky-Green porque se trata de un instrumento poco costoso, proporciona información sobre las posibles causas del no cumplimiento y es muy fiable cuando el paciente o cuidador asegura no cumplir con la medicación. Lo cual es sostenido por distintos autores como Gil y colaboradores quienes señalan que el test de Morisky-Green es uno de los mejores métodos indirectos para medir cumplimiento terapéutico.

Los resultados de la presente investigación, evidencian que la adhesión al tratamiento ha sido baja, más que la detectada en una encuesta europea (15,9% frente a 58%); lo cual refuerza la teoría de la OMS que indica que el problema de la adherencia es mucho mayor en países en desarrollo. Nuestro resultado es similar a un reciente estudio peruano de Munares sobre nivel de adherencia farmacológica en niños menores de 36 meses, en el que utilizando el recuento de micronutrientes en el domicilio, se observó una adherencia del 24,4%. Obando (2016); demostró que el 77,6% (45 madres) tuvieron mala adherencia al tratamiento y tan solo el 22,4% (13 madres) buena adherencia. Esta tendencia se confirmaba en otro estudio de Casas, C. (2010), que estuvo orientada a determinar la adherencia al tratamiento de niños, se encontró que el 92% de los casos no muestran adherencia al tratamiento, en contraparte sólo el 8% demostró adherencia; en España el estudio de Ballester y colaboradores valoraron el cumplimiento con el test de Morisky-Green, y en su estudio más de la mitad de los niños no cumplen correctamente con el tratamiento prescrito, el nivel de estudios de los padres se relaciona con el incumplimiento del tratamiento. En la misma línea el estudio de Ras & Noguera, se evidenció que sólo uno de cada cuatro niños cumplen el tratamiento prescrito.

La causa más frecuente del incumplimiento en opinión de los pacientes adultos, así como de múltiples expertos, (Márquez, Morris) son los olvidos en la toma de la medicación; sin embargo, nuestro estudio demostró que en la mayoría de pediátricos sus cuidadores no olvidaron administrar la medicación de sus hijos.

De las causas que evalúa el test de Morisky-Green, se encontró que 69,3% de los pacientes pediátricos no administra los medicamentos a las horas indicadas, este dato es comparable con el estudio de Fernández-Arias; *et al.* (2014) quienes encontraron que 60,6% no cumplió administrar sus medicamentos a la hora indicada. En el mismo sentido Casas (2010) encontró 58,2%.

La causa más frecuente de su incumplimiento fue no respetar el horario prescrito y abandono prematuro del tratamiento farmacológicos, resultados similares se han identificado en estudios de Torrelo, *et al.* 2012 . En la misma línea otras investigaciones han mostrado que un alto porcentaje de pacientes consideran que sólo debe continuar el tratamiento mientras tiene síntomas, siendo uno de los principales motivos de abandono (Ras Noguera, 2005).

Respecto a los resultados de la variable grado de instrucción de la madre, se comportó como factor influyente en el cumplimiento del tratamiento, toda vez que el grupo con educación superior presentaron mejor adherencia (60%) en comparación a otros grados de instrucción; dicho factor es mencionado por Lora (2005) en su investigación, en la que destaca que una pieza clave para la adherencia es el grado de instrucción que tiene el cuidador. La educación que los padres hayan recibido influye mucho en el bienestar de sus hijos; los conocimientos que ellos tengan guiarán las prácticas de medidas saludables para que puedan asegurar su salud y la de sus hijos, tanto física como mental; situación que es encontrada en la investigación realizada por Novoa, M. y colaboradores (2008) en la cual sobresale la importancia de los padres y su educación en un tratamiento exitoso. Además, Arenas y

colaboradores (2007) en su investigación, concluyen que influye mucho en la adherencia un cuidador con buenos conocimientos sobre la enfermedad.

Los resultados de relación entre la condición civil de la madre y el cumplimiento terapéutico presentaron relación estadística. Por los resultados obtenidos, se hace necesario profundizar esta variable en futuras investigaciones como factores que pueden llegar a influir de forma positiva.

Cardoso y Maza R. (2007) en la investigación sobre apoyo familiar y adaptación de la persona frente al tratamiento, concluye que existe una relación estadística altamente significativa entre el nivel del apoyo familiar y el nivel de adaptación y su tratamiento, lo que indica que a mayor apoyo familiar habrá una mayor adaptación del paciente frente a su tratamiento, el cual es comparable con los resultados obtenidos con la variables condición civil , es decir las madres que contaban con pareja influyó positivamente en el cumplimiento terapéutico.

La mayoría de estudios y revisiones sistemáticas realizadas cuyo objetivo fue la búsqueda de estrategias eficaces en la disminución del incumplimiento han sido desarrollados en pacientes adultos, lo cual justifica los escasos estudios encontrados en Perú sobre adherencia terapéutica pediátrica. La falta de estudios en esta población puede ocasionar que el profesional sanitario valore inadecuadamente la efectividad real de la medicación, pudiendo considerar un aumento innecesario de dosis de tratamiento, la sustitución de fármacos seguros y eficaces o la introducción de otros fármacos innecesarios o más potentes pero con mayor toxicidad.

Finalmente, y ante el escenario preocupante de los resultados encontrados, es necesario intervenciones efectivas, tal y como lo señalan Machuca, *et al.* (2003), Andrés, *et al.* (2004) y Lee, *et al.* (2006). Las intervenciones farmacéuticas escritas o verbales deben ser abordados con énfasis (Kelly, 2002; OPS/OMS, 2011) para

mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes. Por lo tanto, se hace necesario que el farmacéutico, tan infrautilizado en la atención tradicional, asuma la responsabilidad de las necesidades de los pacientes en relación con los medicamentos, como señalan Cipolle y Strand (2000) y Derek (2008), se implique y acepte su nuevo papel ante la sociedad, dejando atrás la figura del expendedor tradicional, y recuperando su rol social con responsabilidad y compromiso orientado al paciente.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Producto del análisis de los resultados, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- La adherencia al tratamiento farmacológico es una condición que no se manifestó en la mayoría de niños y niñas atendidos en la consulta externa de Pediatría del Hospital San Bartolomé, la causa más frecuentes de incumplimiento fueron no respetar el horario prescrito y abandono prematuro del tratamiento farmacológico.
- El grado de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa del Hospital San Bartolomé, según el Test Morisky Green Levine, fue 15,9%.
- Las variables que influyeron en la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa en el Hospital San Bartolomé fueron grado instrucción y estado civil de la madre.
- La consejería farmacéutica se presenta como una propuesta para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa del Hospital San Bartolomé.

CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M.A., Álvarez, J., Arroyo, J., Ávila, L., Aylón, R. & Gangoso, A., *et al.* (2006). Notas farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio madrileño de salud - Comunidad de Madrid. Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. *Salud Madrid*, 13(8),31-38. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- American Society of Health-System Pharmacists, Bethesda, MD, EE. UU. ISBN: 1-979907-99-2.
- Andrés, J., Andrés, F., Fornos, J. 2004. Evaluación de la intervención farmacéutica sobre cumplimiento en terapia antibiótica. *Seguim Farmacoter*; 2(2): 97-102.
- Arenas, C., Muela, J., García, A. Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Index Enferm* vol.16 no.58 Granada oct. 2007. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300003
- Araneda M. Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica. *Rev Chil Pediatr*. 2009; 80(6): 560-569.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Última vez enmendada por 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Recuperado de [http://www.wma.net/es/publications/10policias/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[total pages\]](http://www.wma.net/es/publications/10policias/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[total pages]).

- Ballester, M., Alarcón, J., Mansilla, O.G., T.N., Moreno, M. Párraga, M.I. (2013). Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños en Atención Primaria. *Revista Clínica Médica Fam* vol.7 no.1 Albacete feb. 2014. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100005.
- Blackwell B. Drug therapy compliance. *N Engl J Med* 1973; 289: 249-252.
- Barrera, L., Pinto, N., Herrera, B. Cuidando a los Cuidadores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Enfermería* vol.15 no.52- 53 Bogotá-Colombia 2006.
- Berg KM, Arnsten JH. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 43(1): 1-16
- Brouker ME, Gallagher K, Larrat EP, Dufresne RL. Patient compliance and blood pressure control on a nuclear-powered aircraft carrier: impact of pharmacy officer. *Mil Med* 2000; 165: 106-110.
- Cardoso. A y Maza. R. Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento- Hospital Eleazar Guzmán Barronnuevo Chimbote. [Tesis para optar el título de Lic. En enfermería Universidad de Trujillo]. 2007. Lima – Perú.
- Casas, C. (2010). Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses y factores asociados C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo. Para optar el título profesional en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima.
- Cipolle, R., Strand, L. 2000. The outcomes of pharmaceutical care practice. *Pharm Care Esp*; 2:94-106.
- Clemente E, Millaina G, Moreno E, Vacas AL. Sobre la "cultura antibiótica" de la población. *Aten Primaria*. 2000; 26: 136.
- Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, Scheyer RD, Ouellette VC. How often is medication taken as prescribed? A novel

assessment technique. J Am Med Ass 1989; 261: 3273-3277.

Dawson A, Newell R. The extent of parental compliance with timing of administration of their children's antibiotics. J Adv Nurs 1994; 20: 483- 490.

Derek, J. 2008. Pharmacists' interventions:A few moments to save a life? CPJ/RPC141:324-326

Matteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care. 2004;42:200-9.

Ernst, F.R. & Grizzle, A.J. (2001). Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model [abstract]. J Am Pharm Assoc., 41(2),192-9. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11297331>

Federacion internacional de farmacia (FIP), Organización Panamericana de la Salud 2012. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas Prácticas en Farmacia: Estándares Para la calidad de los servicios Farmacéuticos. Holanda; [citado 2013-10-18]. Disponible en: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=334&table

Fuentes-Páez,Y.Martínez-Motas.I.,Sierra-González,G.,Izquierdo-Pérez,L.,López-Piñera,O.,Valdés-Hernández,MJ. Colonización faríngea por bacterias potencialmente patógenas en niños sanos de una escuela primaria. Rev Cubana Med Trop. 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602009000100007

Gearing RE, Townsend L, MacKenzie M, Charach A. Reconceptualizing medication adherence: six phases of dynamic adherence. Harv Rev Psychiatry. 2011; 19 (4): 177-89.

- Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Med Clin (Barc). 1994; 102: 532-6.
- Haynes, R.B., Mc Donald, H.P. & Garg, A.X. (2002). Helping Patients Follow Prescribed Treatment. JAMA, 288(22),2880-2883. Recuperado de <http://www.safetynetinstitute.org/wp-content/OldMedia/Site/resources/chroniccare/HelpingPatientsFollow.pdf>
- Haynes, R., Montaque, P., Mckibbon, K., Kanani, R., Brouwers, M., Oliver, T. 2000. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. (Abstract) [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. (2):CD000011. Canada; 2000. [citado 2013-06-18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796686>
- Hernández Fleta, José Luis; Acosta Artiles, Francisco Javier y Pereira Miragaia, José. (2009) Adherencia terapéutica. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 9, núm. 1, pp. 13-28.
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence: Its Importance in cardiovascular outcomes. Circulation. 2009; 119: (1)3028-3035
- Kelly, W. 2002. Pharmaceutical Care. In: Pharmacy: What It Is and How It Works. CRC Press, U.S.A. p.95-101
- Kirscht JP, Kirscht JL, Rosenstock IM. A test of interventions to increase adherence to hypertensive regimens. Health Educ Q 1981; 8. 261-272.
- Knobel Freud H, Polo Rodriguez R, Escobar Rodriguez I. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antiretroviral. Disponible en: <Http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviraI062008.pdf>.

- Lee, J., Grace, K., Taylor, A. 2006. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and lowdensity lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. JAMA; 296:2614-6.
- Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459, Congreso de la República del Perú, (2009, 26 de Noviembre). Recuperado de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Ley29459.pdf>
- Ley General de Salud N° 26842, Congreso de la República del Perú, (1997, 15 de Julio). Recuperado de ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf
- Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Publica [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2013 Ene 16]; 30(4): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- Limaylla, L., Ramos, C.N. (2016) Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5273/1/Limaylla_lm.pdf
- López, G., Felipe, J., Rivera, M., Y Rojas, S (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. Revista chilena Salud Pública 2010; Vol 14 (2-3): 238-270.
- Lora, A. (2005) Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Revista Pediatría de Atención Primaria.
- Maciá, D & Méndez, J.1996. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds) Manual de evaluación en Psicología clínica y de la Salud(pp43-59) Madrid: Siglo XX de España Editores, S.A.
- Machuca, M., Espejo, J., Gutiérrez, I., Machuca, P., Herrera, J. 2003. La información escrita del farmacéutico mejora el

cumplimiento de la antibiótica. *Ars Pharmaceutica*, 44:2; 141-157

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ. "El incumplimiento terapéutico en las enfermedades cardiovasculares. ¿Porqué incumple el paciente?" *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Suppl I): 46-51.

Martin-Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4), 89-99. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas Manual de Buenas Prácticas de Dispensación. Resolución Ministerial N° 013/2009

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74. 9. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria*. 1992;10:767-70

Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy*. 2006; 26: 483-92

Munares, G & Gómez, G. (2014) Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú. *Rev. bras. epidemiol.*, Set 2016, vol.19, no.3, p.539-553. ISSN 1415-790X

Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna* 2007; 24(3):138-41.

Novoa, M., Morales, A., Osorio, A., Vargas, R. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. *Revista Colombiana de Psicología*, Vol. 17 (2008).

- Obando Chávez, D (2016). Nivel de conocimiento de las madres sobre asma y adherencia al tratamiento en población pediátrica del consultorio externo de infecciones respiratorias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima. Perú.
- Oliveira R, Varela N. 2008. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Farm. [Serie en Internet]. Dic [Citado Sep 2013 Jan 06]; 44(4): 763-772. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en.
- Organización Mundial De La Salud (OMS), 2004. Proyecto sobre adherencia terapéutica a los Tratamientos a largo plazo. <http://www.paho.org/ppanish/ad/dpc/dc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Pastor, A., Ruiz, E., Vargas, J. y Jaimes, J. (s.f). Análisis de factores biopsicosociales de pacientes portadores de VIH, atendidos en la Clínica Reina Sofía y la Fundación Eudes. (2004), Recuperado de <http://www.unbosque.edu.co/universidad/investigaciones/revistaecm/v4n2/4.pdf>
- Peretta M, Reingeniería Farmacéutica. Principios y protocolos de la atención al paciente, 2ª Edición. Buenos Aires. Médica Panamericana, 2005
- Pisano González, Marta M. y González Pisano, Ana. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad. Revista Enfermería Clínica ELSEVIER DOYMA. Vol. 24 (1): 59-66 (Artículo Especial).
- Ramosa, J., De Joséb, M., Poloc, R., Fortuny, C., Melladoe, M., Muñoz-Fernándezf, M., Beceirog, José., Bertránh, J., Calvoi, C., Chamorrof, L., Ciriaj, L., Guilléna, S., González-Monterok, R., González-Toméa, M., Gurbindoe, M., Muñoz-Almagroc, M., Murn, A., Navarroe, M., Oteroo, C., Rojoa, P., Rubiop, B., Saavedraq, J., Grupo Colaborativo Español de VIH Pediátrico [Cevihp], Sociedad Española de Infectología Pediátrica,

- [SEIP], Asociación Española de Pediatría, [AEP] y Plan Nacional sobre el SIDA (PNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo, [MSC]. (2005).
- Ras & Noguera (2005) Adhesión al tratamiento antibiótico en las enfermedades agudas en la población infantil de atención primaria. España
- Real Academia Española. [Página en Internet]. España: DRAE; c2010 [actualizada 16 febrero 2010; consultado 21 marzo 2017]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=adherencia>
- Ruiz Navia, Ana María; Enríquez Lara Sandra Liliana; Hoyos Hernández Paula Patricia, (2009). Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH. Pensamiento Psicológico. Vol. 5 Num. 12, enero– junio. Pp. 175-189. Pontífica Universidad Javeriana, Cali –Colombia.
- Sabater Hernandez D, Silva Castro MM, Faus Dader MJ. Método Dader. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera Edición. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada.
- Segador J. Ensayo clínico de intervención sobre la adhesión al tratamiento antibiótico ambulatorio en faringoamigdalitis aguda (tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante; 1999.
- Silvestre Busto, et al (1999) Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 8. 15 de mayo 2001. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788592#!>
- Sclar DA, Tartaglione TA, Fine MJ. Overview of issues related to medical compliance with implications for the outpatient management of infectious diseases. Infect Agents Dis 1994; 3: 266-273.

- Shaw,J(2009). Consulta psiquiátrica en pediatría: en niños y adolescentes con enfermedad orgánica. Ed. Médica Panamericana, página 227.
- Shope JT. Medication compliance. *Pediatr Clin North Am* 1981; 28: 5-21.
- Tafur E, Ortiz C, García E, Faus M, Martínez F. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). *Pharm Care Esp*. 2012; 14(4): 146-154
- Tafur V., (2010) Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA; Evaluación de la adherencia y calidad de vida relacionada a la salud en el Centro Médico Naval –Perú.
- Takala J, Niemela N, Rosti J, Sievers K. Improving compliance with therapeutic regimens in hypertensive patients ina community health center. *Circulation* 1979; 59: 540-543.
- Tindall W., Beardsley r., Kimberlin C. *Communication skills in Pharmacy Practice*. Pennsylvania: Editorial Lea & Febiger, 1994.
- Torrelo, et al(2012), Calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción y cumplimiento de los pacientes con dermatitis atópica moderada-grave que siguen un tratamiento farmacológico de mantenimiento. Estudio CONDA-SAT
- Urquidi B., Héctor Mejía S., Claudia Vera A. (2007) Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v46n1/v46n1a02.pdf>
- Val. Jiménez, A., Amorós, Ballester G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria*. 1992;10:767-70.

CAPÍTULO VIII. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

A través del presente documento expreso mi voluntad de aportar información en la investigación intitulada **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ – MINSA, LIMA 2017**, habiendo sido informada(o) del propósito de la misma así como de los objetivos, teniendo la confianza plena de que informan que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma.....

Fecha.....

Anexo2. Datos sociodemográficos

1. Edad del cuidador

18 a 25 ☐

26 a 35 ☐

36 a 45 ☐

Mayor a 45 ☐

2. Sexo del cuidador

Femenino ☐

Masculino ☐

3. Estado civil

Soltera ☐

Casada ☐

Conviviente ☐

4. Grado de instrucción

Primaria ☐

Secundaria ☐

Técnica ☐

Profesional ☐

5. Edad del paciente

0 a 1 ☐

2 a 4 ☐

5 a 7 ☐

Mayor a 8 ☐

6. Sexo del paciente:

Femenino ☐

Masculino ☐

7. Tipo de seguro

SIS ☐

Particular ☐

8. Vínculo familiar del paciente

Madre ☐

Padre ☐

Otros.....

Anexo3. CUESTIONARIO

Estamos haciendo una encuesta de la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos a los cuidadores de los niños atendidos por consulta externa, hospital San Bartolomé y le hemos escogido a usted para que responda el siguiente cuestionario. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y sus respuestas son muy importantes para mejorar los programas de salud del país.

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	
	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de darle de tomar el medicamento a su hijo(a)?		
2. ¿Le da de tomar la medicación a su hijo(a) a la hora indicada?		
3. Cuando su hijo(a) se encuentra bien ¿deja alguna vez darle de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez a su hijo(a) le cae mal la medicación ¿Deja de darle de tomar?		

Muchas Gracias por sus participación!

Anexo 4. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ADHERENCIA

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de KR20 (Richard Kunderson) .

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

$\sum p_i q_i$: Varianza Muestral

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

Tabla 01 Base de datos piloto

	p1	p2	p3	p4	
1	1	0	1	0	
2	1	1	1	0	
3	0	1	1	1	
4	1	1	0	0	
5	1	0	1	1	
6	0	1	1	0	
7	1	1	0	1	
8	1	1	1	1	
9	1	1	1	0	
10	0	1	0	1	
11	1	1	1	1	
12	0	1	0	0	
13	0	1	1	0	
14	1	1	1	1	
15	1	1	0	0	
16	1	1	1	0	
17	0	1	0	0	
18	1	1	1	0	
19	0	1	1	0	
20	1	1	1	1	
suma	13	18	14	8	
p	0.65	0.9	0.7	0.4	
q	0.35	0.1	0.3	0.6	
pq	0.2275	0.09	0.21	0.24	0.768
PQ	16.92				

$$\sum p_i q_i = 0.768 \quad PQ: 16.92$$

$$KR20 = \frac{4}{4-1} \left(1 - \frac{0.768}{16.92} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 20 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99, lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

VALIDEZ DE CRITERIO

ITEM	CRITERIO A EVALUAR						RESULTADO
	RELEVANCIA		PERTINENCIA		CLARIDAD		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. ¿Se olvida alguna vez de darle de tomar el medicamento a su hijo(a)?							
2. ¿Le da de tomar la medicación a su hijo(a) a la hora indicada?							
3. Cuando su hijo (a) se encuentra bien ¿deja alguna vez darle de tomar la medicación?							
4. Si alguna vez a su hijo (a) le cae mal la medicación ¿Deja de darle de tomar?							

Nombre:.....

Observaciones.....

Fecha: .../.../.....

VALIDEZ DE CRITERIO

V AIKEN PARA PARA FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ADHRENCIA

Criterio: RELEVANCIA

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Suma	V Aiken
p1	1	1	1	1	4	1
p2	1	1	1	1	4	1
p3	1	1	1	1	4	1
p4	1	1	1	1	4	1
Media					4	1

SI:1 No:0

Se observa que la valoración 4 jueces con relación a la relevancia el coeficiente de V Aiken es 1 (perfecto), lo cual permite aseverar que el instrumentos presenta en sus ítem muy perfecta relevancia

Criterio: PERTINENCIA

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Suma	V Aiken
p1	1	1	1	1	4	1
p2	1	1	1	1	4	1
p3	1	1	1	1	4	1
p4	1	1	1	1	4	1
Media					4	1

SI:1 No:0

Se observa que la valoración 4 jueces con relación a la pertinencia el coeficiente de V Aiken es 1 (perfecto), lo cual permite aseverar que el instrumentos presenta en sus ítem muy perfecta pertinencia.

Criterio: CLARIDAD

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Suma	V Aiken
p1	1	1	1	1	4	1
p2	1	1	1	1	4	1
p3	1	1	1	1	4	1
p4	1	1	1	1	4	1
Media					4	1

SI:1 No:0

Se observa que la valoración 4 jueces con relación a la claridad el coeficiente de V Aiken es 1 (perfecto), lo cual permite aseverar que el instrumentos presenta en sus ítem muy perfecta claridad.

AIKEN PARA CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA

	RELEVANCIA					PERTINENCIA					CLARIDAD				
	i1	i2	i3	i4	X	i1	i2	i3	i4	X	i1	i2	i3	i4	X
Experto 1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
Experto 2	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
Experto 3	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
Experto 4	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
suma	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
V	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Se observa que la valoración 4 jueces con relación a la relevancia e 1 (perfecto) , a pertinencia es 1 (perfecto) y a la claridad es 1(perfecto)

VALIDEZ DE CRITERIO

ITEM	CRITERIO A EVALUAR						RESULTADO
	RELEVANCIA		PERTINENCIA		CLARIDAD		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. ¿Se olvida alguna vez de darle de tomar el medicamento a su hijo(a)?	X		X		X		
2. ¿Le da de tomar la medicación a su hijo(a) a la hora indicada?	X		X		X		
3. Cuando su hijo (a) se encuentra bien ¿deja alguna vez darle de tomar la medicación?	X		X		X		
4. Si alguna vez a su hijo (a) le cae mal la medicación ¿Deja de darle de tomar?	X		X		X		

Nombre: WILFREDO H. INGOR ARRIJO

Observaciones.....

Fecha: 17/3/2017

CENTRO NACIONAL DE CUIDADO MADRE-NIÑO
 "SAN BARTOLOME"
 DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
 DR. WILFREDO INGOR ARRIJO
 Médico del Servicio de Neonatología
 C.M.N. 7500 - Q. 14, 8347

VALIDEZ DE CRITERIO

ITEM	CRITERIO A EVALUAR						RESULTADO
	RELEVANCIA		PERTINENCIA		CLARIDAD		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. ¿Se olvida alguna vez de darle de tomar el medicamento a su hijo(a)?	X		X		X		
2. ¿Le da de tomar la medicación a su hijo(a) a la hora indicada?	X		X		X		
3. Cuando su hijo (a) se encuentra bien ¿deja alguna vez darle de tomar la medicación?	X		X		X		
4. Si alguna vez a su hijo (a) le cae mal la medicación ¿Deja de darle de tomar?	X		X		X		

Nombre: MARTHA ANTEZANA BENDERU

Observaciones:

Fecha: 10.10.31.2017

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCTOR MADRE-MIGUEL
"C. A. D. O. M. E."
Guay
Martha A. Antezana Benderu
QUÍMICA FARMACÉUTICA
CQFP. 05264

VALIDEZ DE CRITERIO

ITEM	CRITERIO A EVALUAR						RESULTADO
	RELEVANCIA		PERTINENCIA		CLARIDAD		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. ¿Se olvida alguna vez de darle de tomar el medicamento a su hijo(a)?	X		X		X		
2. ¿Le da de tomar la medicación a su hijo(a) a la hora indicada?	X		X		X		
3. Cuando su hijo (a) se encuentra bien ¿deja alguna vez darle de tomar la medicación?	X		X		X		
4. Si alguna vez a su hijo (a) le cae mal la medicación ¿Deja de darle de tomar?	X		X		X		

Nombre: Lic Lyle Acosta Rodríguez

Observaciones.....

Fecha: 19.13.17


 Lyle Acosta Rodríguez
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP. 16275

VALIDEZ DE CRITERIO

ITEM	CRITERIO A EVALUAR						RESULTADO
	RELEVANCIA		PERTINENCIA		CLARIDAD		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. ¿Se olvida alguna vez de darle de tomar el medicamento a su hijo(a)?	X		X		X		
2. ¿Le da de tomar la medicación a su hijo(a) a la hora indicada?	X		X		X		
3. Cuando su hijo (a) se encuentra bien ¿deja alguna vez darle de tomar la medicación?	X			X	X		
4. Si alguna vez a su hijo (a) le cae mal la medicación ¿Deja de darle de tomar?	X		X		X		

Nombre: Cisna De La Cruz Rodríguez

Observaciones.....

Fecha: 1...1...17


 César A. De La Cruz
 MÉDICO - CIRUJANO
 C.M.P. 37925

Anexo 5. Imágenes del trabajo de investigación







*

